In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









CHU nefissa hamoud
Service de gynéco-obstétrique
Unité de Néonatologie
Dr BENRABAH

Octobre 2016

URGENCES CHIRURGICALES NEONATALES

Plan

- Introduction
- Définition
- Urgences thoraciques
  1-Atrésie de l'œsophage
  2-Hernie diaphragmatique
- Urgences abdominales
  1)Atrésie duodénale
  2)Atrésie de l'intestin grêles
  3)Atrésie du colon
  4) Aganglionose colique ou maladie de Hirschsprung
  5)Imperforation anale
  6) Iléus méconial
  7) Péritonite méconiale
  8) Entérocolite aiguë ulcéro-nécrosante
  9) Volvulus de l'intestin sur mésentère commun
- Urgences uro-génitales:
  1)Torsion testiculaire néonatale
  2)Kyste ovarien compliqué
- Les urgences parietales:
  1) Omphalocéle
  2) laparoschisis
- conclusion

INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales du nouveau-né comprennent les urgences néonatales liées à une anomalie congénitale et celles, éventuellement plus tardives, consécutives à une pathologie acquise.Le diagnostic prénatal a totalement modifié les conduites à tenir face à une malformation congénitale, chirurgicalement curable ou non.

DEFINITION

Situation pouvant relever d'un état congénital ou acquis nécessitant une chirurgie d'urgence et survenant entre 0 et 28 jours.

URGENCES THORACIQUE

Atresie de l' œsophage

Définition :

Il s'agit d'une malformation congénitale de l'œsophage résultant d'un trouble de l'embryogenèse entre la 4e et la 6e semaine du développement. Celui-ci est interrompu et se termine en cul-de-sac.

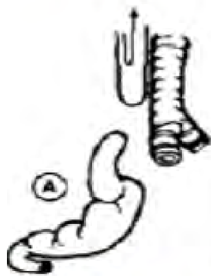
Embryologie

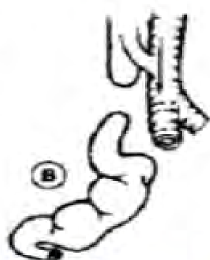
Au cours de la 4e semaine, clivage de l'intestin primitif se différenciant : En trachée en avant En œsophage en arrière Puis allongement de l'œsophage jusqu'à la dilatation de l'intestin antérieur qui formera l'estomac. Mécanisme sous l'influence de l'induction notochordale

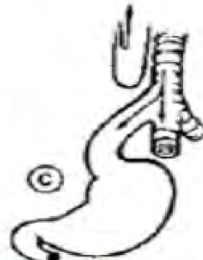
Fréquence 1/3000 à 1/4500 naissance

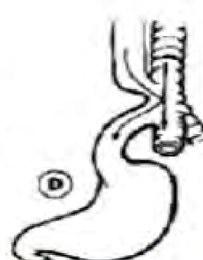
.

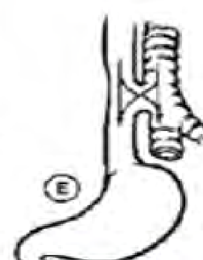
Les différentes formes d'atrésie de l' œsophage











Type I Atrésie isolée Sans fistule

Type II Atrésie avec fistule trachéo-œsophagienne dans le segment supérieur

Type III Atrésie avec fistule trachéo-œsophagienne dans le segment inférieur. **le plus freq.**

Type IV Variante du Type III

Type V Deux ou plusieurs fistules

Dépistage d'une atrésie de l'œsophage

Seules les atrésies de types I et II peuvent être suspectées à l'échographie lors du deuxième ou troisième mois de grossesse :

Hydramnios

Estomac non visible

Dépistage systématique à la naissance à l'aide d'une sonde flexible que l'on pousse dans l'œsophage pour vérifier sa continuité.

Diagnostic post-natal:

Detresse respiratoire , stase salivaire

butée de la sonde gastrique 8-10cm de l'arcade dentaire

Si le dépistage n'est pas fait, il faut être alerté par :

Hypersialorrhée avec alimentation impossible

Fausses routes, encombrement bronchique, détresse respiratoire

IL FAUT:

vérifier la perméabilité par sonde nasale (sonde ni trop molle ni trop dure) jusque dans l'estomac

injecter de l'air provoquant un bruit hydroaérique à hauteur de l'estomac.

La radiographie thoraco-abdominale permet de voir le cul de sac œsophagien supérieur et détermine le type d'atrésie selon l'aération d'aval et les éventuelles anomalies associées (vertèbres squelette , silhouette cardiaque).

Evolution

Dès la première tétée ou par salivation répétée risque d'inondation trachéo-bronchique pouvant provoquer des lésions pulmonaires graves.

LE SYNDROME VACTERL

Il s'agit d'un syndrome polymalformatif

Vertébrales : hémivertèbre, scoliose, malformation des côtes.

Ano-rectales : imperforation anale, sténose intestinale.

Cardiaques : CIV, tétralogie de Fallot, PCA

Trachéo- œsophagien : trachéomalacie, atrésie de l'œsophage.

Rénales : rein en fer à cheval, anomalie des uretères ou de l'urètre, absence d'un des deux reins.

« Limb » : anomalie des membres (doigts surnuméraires, membre atrophié,…)

Traitement

-Mise en condition

-Recherche d'autres malformations

-Le transport de l 'enfant doit être en position assise

-Aspiration régulière du cul de sac supérieur

-Nutrition parentérale jusqu'au contrôle de l 'anastomose

2-Hernie diaphragmatique

Anomalies de l'organogénèse du diaphragme.

La plus fréquente est hernie congénitale des coupoles diaphragmatiques

Migration des viscères abdominaux dans le thorax et compression des poumons par les viscères herniés

Consequences :

diminution du nombre d'alveoles

HTAP avec persistance de l'effet de shunt

Frequence :1/5000 naissances vivantes

Diagnostic est anténatal

Hernie postérolatérale gauche ++

Malformations associées: cardiaque, anomalies chromosomiques, Poumon dysplasique…

Pronostic dépend de la fonction pulmonaire et présence d'autres malformations

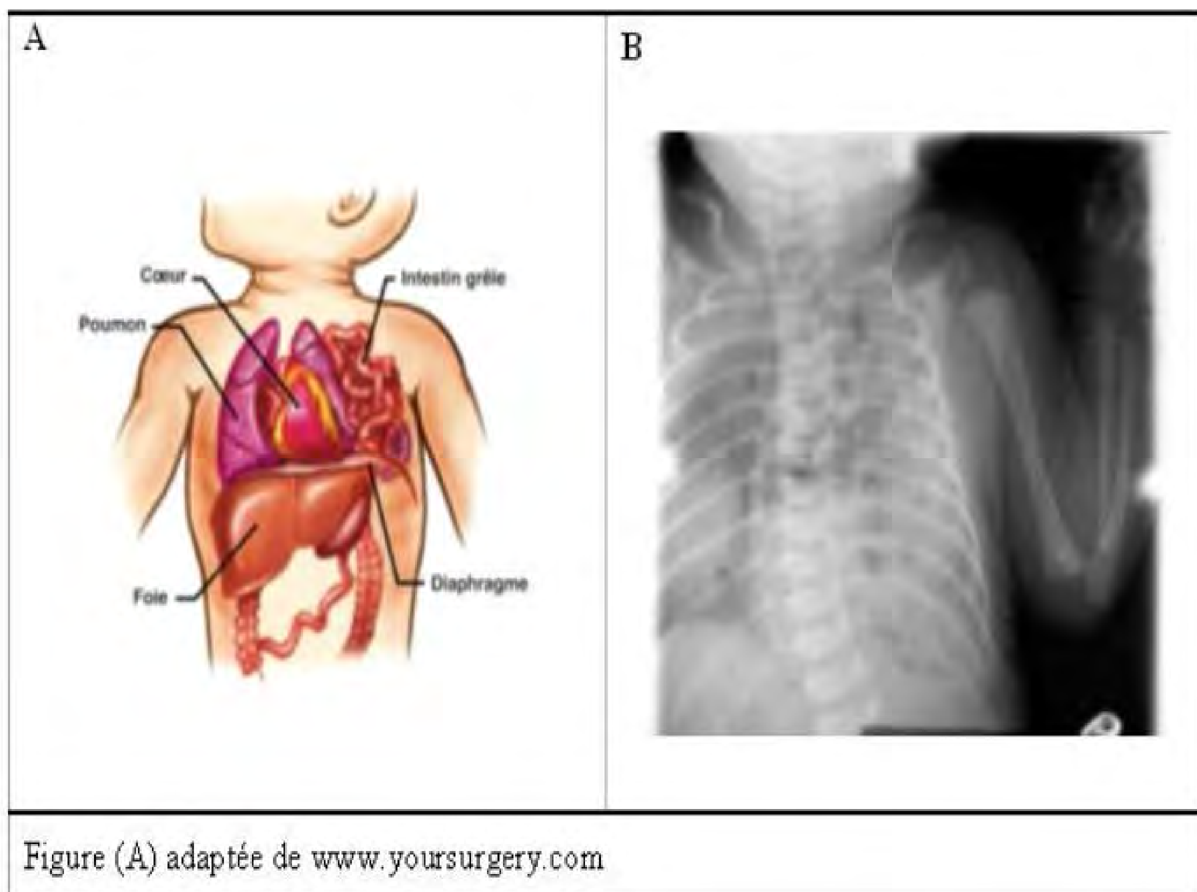


Figure (A) adaptée de www.yoursurgery.com

Prise en charge

En salle de naissance : pas de ventilation au masque
Intubation, ventilation
Voie veineuse
Vidange gastrique
Stabilisation pré-opératoire

Urgences abdominales

1-Atresie duodenale

- Fréquence: 1/6 000 naissances.
- C'est une interruption de la continuité du duodénum, complète ou incomplète.
- L'obstacle le plus souvent est sous-vatérien que sus-vatérien.
- Le pancréas annulaire n'est qu'une forme particulière d'atrésie.
- Sont dues à un défaut du développement du duodéno-pancréas entre la 5ème et la 7ème semaine (soit 7 à 9 SA).

Il s'agit d'une embryopathie et les malformations associées sont présentes 1/3 des cas:
.trisomie 21
.cardiaques,
.anorectales
.œsophagiennes
.rénales.

Tableau clinique:
le tableau clinique est celui d'une occlusion néonatale haute: Vomissements dans les premières heures de vie. Ces vomissements sont bilieux lorsque l'obstacle est sous-vatérien, sinon ils sont clairs.
Ballonnement épigastrique

Un simple examen radiologique ASP permet en règle de confirmer le diagnostic: la présence d'air en aval de la zone distendue indique qu'il s'agit d'un obstacle incomplet.
Conduite à tenir thérapeutique:
- Mise en condition
- Sonde gastrique pour aspiration
- rétablir la continuité digestive:
  .soit par anastomose directe avec ou sans plastie modelante de la portion dilatée
  .soit par résection d'un diaphragme muqueux.

2-Atresie de l'intestin grele

Fréquence:1/10000-15000 naissances.
Elles surviennent après la période d'organogenèse et sont dues à un accident de la croissance
Pas de malformations associées.
Elles sont la conséquence d'un ou plusieurs accidents mécaniques (volvulus partiel, invagination, bride) ou vasculaires, entraînant l'ischémie ou la nécrose d'un segment intestinal pendant la vie fœtale.
La conséquence de ces phénomènes est une interruption de la continuité de l'intestin, complète ou incomplète.

Diagnostic

Diagnostic prénatale par l'échographie Sinon tableau clinique d'une occlusion néonatale haute.vomissements .ballonnement abdominal .sans émission méconiale normale.

L'ASP: occlusion haute.

Traitement: résection intestinale limitée une anastomose terminoterminale en un temps une dérivation temporaire est nécessaire pour permettre la croissance ou la revascularisation du segment déficient, durant 6 à 8 semaines où une nutrition parentérale totale est indispensable.

3-Atrésie du côlon Liée à un accident de croissance intestinale, rare, réalise un tableau d'occlusion intestinale aigue basse

Traitement: Dérivation suivie d'un rétablissement de la continuité précoce

-Sinon anastomose d'emblée, le pronostic est bon

4-Aganglionose colique ou maladie de Hirschsprung

Pas de diagnostic prénatal

fréquence : 1/4000-5000 naissances

Il existe des formes familiales. Il s'agit d'une anomalie de l'innervation motrice du côlon ou de l'intestin, caractérisée anatomiquement par l'absence de plexus nerveux sous-muqueux.(30ème et le 60ème jour de la gestation). Le côlon non innervé ne peut propulser le bol fécal, et le côlon d'amont se distend passivement (mégacôlon congénital).

Diagnostic peut être méconnu en période néonatale tableau d'occlusion basse : une distension abdominale globale, un retard à l'élimination du méconium accompagné de vomissements tardifs.

Le diagnostic clinique est étayé par la montée d'une sonde rectale qui permet l'évacuation de méconium.

l'ASP: une distension colique avec une disparition des haustrations

Prise en charge : nursing à la sonde rectale S'il est inefficace ou état général altéré: une exploration chirurgicale s'impose ce qui permet la confection de colostomie en zone saine avec biopsie.

5-Imperforation anale malformation anorectale (MAR). C'est l'absence d'anus visible ou en place à la naissance. C'est un accident précoce dans le cloisonnement de la membrane cloacale et le développement de l'intestin postérieur entre 4 et 8 semaines (6 à 10 SA). C'est une embryopathie et les malformations associées, urinaires ou génitales. Plus l'accident est précoce, plus l'ensemble malformatif sera sévère.

6-iléus méconial: C'est l'obstruction de la lumière de l'iléon terminal par du méconium durci et anormal. L'étiologie la plus fréquente la mucoviscidose (98%). L'iléus méconial peut être reconnu lors d'un diagnostic prénatal par l'association d'un grêle hyperéchogène et d'une distension. Le pronostic global dépend en fait de l'évolution de la maladie causale.

7-péritonite méconiale: La péritonite méconiale est liée à une perforation digestive prénatale. Elle s'associe volontiers à une atrésie et mucoviscidose. La péritonite méconiale peut être reconnue à l'échographie prénatale. La présence de calcifications à l'ASP est très fréquente : diagnostic différentiel de mucoviscidose. Le traitement n'est que chirurgical.

8-Entérocolite ulcéro-nécrosante: Urgence digestive médico-chirurgicale néonatale **:** Atteinte du grêle et/ou colon:

Nécrose ischémique et hémorragique

.Pneumatose sous muqueuse et/ ou sous séreuse

Facteurs de risque: Prématurité, alimentation ,Infection .Situation hypoxie-ischémie

Critères diagnostiques:

cliniques**:** augmentation du résidu gastrique, ballonnement abdominal, rectorragies ,altération de l'état général , choc infectieux

radiologiques: Dilatation des anses Pneumatose digestive, pneumopéritoine

biologiques: ↑CRP, acidose métabolique, thrombopénie, CIVD

Traitement

Médical: Arrêt alimentation entérale, aspiration digestive. Antibiothérapie: **céphalosporine de 3eme génération + métronidazole + aminoside** Maintien hémodynamique:

. **Chirurgical:** iléostomie en zone saine Rétablissement secondaire de la continuité

Complication: Sténoses intestinales séquellaires

9-volvulus de l'intestin : accident est rare (1/10000),responsable de nécrose totale de l'intestin grêle. C'est un trouble de la croissance de l'anse intestinale primitive entre 8 et 9 semaine de gestation Durant cette phase dite de rotation le duodénum croît de droite à gauche en passant en arrière de l'artère mésentérique supérieure, et le cæco-côlon droit croît de gauche à droite en entraînant l'extrémité distale de la racine du mésentère. Si cette croissance ne se fait pas, l'intestin est en position dite de mésentère commun complet, avec le grêle à droite et le côlon et l'appendice à gauche :position non pathologique. Si la croissance se fait de façon incomplète (mésentère commun incomplet), les deux extrémités de la racine du mésentère sont alors proches et dans un même plan, avec pour conséquence un risque majeur de volvulus de tout l'intestin grêle.

cliniquement : vomissement bilieux. un abdomen douloureux. Défense. L'émission de selles sanglantes. Tardivement souffrance ischémique de l'intestin. Le traitement permet de détordre l'intestin et de le positionner en mésentère commun complet pour prévenir les récidives.

LES URGENCES URO-GENITALES

1/ Torsion testiculaire néonatale survient préférentiellement chez le nouveau-né et l'adolescent. Chez le nouveau-né, elle est très souvent méconnue, bien qu'elle soit la cause la plus fréquente d' anorchidie unilatérale. Elle est : Soit prénatale : pas de douleur. asymétrie testiculaire. Soit postnatale: en qq heures ou qq jours se constitue une grosse bourse douloureuse, avec un liquide un peu foncé à la transillumination.

TRAITEMENT : rapide par simple scrototomie

2/Kyste ovarien compliqué: Diagnostic échographique anténatal (dernières semaines) . Apparition de cloisons et de sédiments à l'intérieur du kyste ⟹ une complication hémorragique, une torsion. Si le kyste folliculaire non compliqué est >3cm une ponction échoguidée est indiquée le kyste compliqué devra être opéré.

3/Exstrophie vésicale

Malformation très rare des voies urinaires, dans laquelle la vessie s'ouvre directement à la peau de l'abdomen. Elle s'accompagne d'épispadias et d'absence d'ombilic et de pubis.

LES URGENCES PARIETALES

OMPHALOCÈLE ET LAPAROSCHISIS

Diagnostic anténatal ⟹ l'accouchement peut être programmé dans un centre spécialisé Prise en charge initiale identique DÉPERDITION THERMIQUE ET HYDRO ÉLECTROLYTIQUE RISQUE INFECTIEUX

OMPHALOCÈLE La fréquence : 1/5000 naissances. C'est une embryopathie → les malformations associées sont fréquentes :chromosomiques, cranio-faciales , cardiaques… Pronostic: bon si omphalocèle isolé

C'est l'absence de fermeture de la paroi ventrale de l'embryon avant la 9ème semaine de gestation (11 SA) se présente comme une large hernie, **centrée** par le cordon ombilical, où les viscères extériorisés sont protégés par un **sac**. La taille de l'ouverture pariétale est variable, de la simple hernie contenant quelques anses grêles, jusqu'à l'omphalocèle géante(foie). Le contenu du sac et la taille de l'omphalocèle sont des critères pronostiques importants

LAPAROSCHISIS Fréquence 1/10000 naissances. Plus rare que l'omphalocèle. Association fréquente à une prématurité et ou une hypotrophie. Pronostic bon.

Il s'agit d'un défaut de la croissance pariétale, probablement d'origine vasculaire, pendant la phase finale de la délimitation → pas d'anomalies associées

Il s'agit d'un défaut **latéro-ombilical** droit, **sans sac**, les anses intestinales baignent dans le liquide amniotique. L'aspect des anses est encouenné et cartonné, à des degrés variables

Les anses sont reconnues extériorisées, flottant dans le liquide amniotique, épaissies et peu mobiles. Une hypotrophie foetale modérée est très fréquemment observée. L'aspect des anses et la qualité de la vascularisation mésentérique peuvent fournir des indications sur le pronostic

Traitement

Prise en charge de l'omphalocèle et laparoschisis Mise en condition:

Apports hydroelectrolytique : 20 à 60 ml/kg/h

Réchauffement Sac à grêle La réintégration des anses : tolérance ventilatoire et hémodynamique

Traitement chirurgical

omphalocèle Si petit volume : réintégration immédiate Si volumineux: Pansement compressif Réintégration progressif Fermeture plaque J8-J10

LAPAROSCHISIS: Réintégration et fermeture en 1 seul temps Si instabilité ou prématuré réintégration progressive (SCHUSTER) Technique de *Schuster* : deux feuilles de Silastic permettant réintégration progressive

Conclusion: Le diagnostic prénatal des anomalies et des malformations congénitales est très important dans le traitement et la prise en charge des urgences chirurgicales néonatales pour avoir un meilleur pronostic Malgré l'avénement des techniques chirurgicales; le pronostic de ces urgences chirurgicales reste préservé du fait de l'association d'autres malformations et de la particularité de nouveau- -né, et que leurs prise en charge nécessite une équipe multidisciplinaire